

# Η σχέση μεταξύ Άγχους και Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας σε νέες γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΛΕΞΙΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ<sup>1</sup>  
ΔΡ. ΤΖΟΝΙΧΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ<sup>2</sup>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη μελέτη αυτή έλαβαν μέρος 37 γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας από την περιοχή της Αττικής. Ο πρώτος στόχος της έρευνας αυτής ήταν η μελέτη των συμπτωμάτων του άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον πληθυσμό αυτό, και δευτερευόντως η σχέση μεταξύ κάποιων δημογραφικών στοιχείων με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις μας. Η συσχέτιση του επιπέδου της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των συμπτωμάτων άγχους σε νέες γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι θετική και μάλιστα στατιστικά πολύ σημαντική. Όσο δηλαδή αυξάνεται το επίπεδο άγχους, τόσο αυξάνεται και η καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και το αντίθετο, δηλαδή, όσο αυξάνεται το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τόσο αυξάνεται και το επίπεδο άγχους που βιώνει το άτομο.

Το συγκεκριμένο θέμα μελετάται για πρώτη φορά στην Ελλάδα και έτσι η έρευνα αυτή μπορεί να δώσει στοιχεία σε ένα τομέα μεγάλης σημασίας για την κλινική πρακτική της Εργοθεραπείας. Ως εκ τούτου ο Εργοθεραπευτής που θα ασχοληθεί με τα άτομα αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας, θα πρέπει να λάβει υπόψη του αυτά τα αποτελέσματα στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή εργοθεραπευτικών προγραμμάτων, ώστε η παρέμβαση του να είναι αποτελεσματική.

*Λέξεις κλειδιά: Σκλήρυνση κατά πλάκας σε νέες γυναίκες, άγχος, καταθλιπτική συμπτωματολογία, εργοθεραπεία*

## Α. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

### 1. Κλινική εικόνα της Σκλήρυνσης κατά πλάκας

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας ή απλώς πολυεπίσημη σκλήρυνση είναι μια χρόνια απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού

<sup>1</sup>Εργοθεραπεύτρια  
<sup>2</sup>Καθηγήτρια Εργοθεραπείας  
Τμήμα Εργοθεραπείας, ΤΕΙ Αθήνας

συστήματος, καθώς προσβάλλεται ο εγκέφαλος, ο νωτιαίος μυελός και τα οπτικά νεύρα (Βασιλόπουλος, 2003). Είναι νόσος της νεαρής ενήλικης ηλικίας με συνήθη εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων μεταξύ των 15-35 ετών. Χαρακτηρίζεται από τη διάσπαρτη προσβολή του νευρικού συστήματος και την ανά ύψεις εμφάνισή της, οι οποίες καταστρέφουν το περιβλήμα της μυελίνης προκαλώντας πλάκας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή στην αγωγιμότητα των νευραξόνων με αποτέλεσμα μείωση ή διακοπή της αγωγιμότητας και επακόλουθη λειτουργική έκπτωση. Η διάρκεια των συμπτωμάτων σε κάθε έξαρση μπορεί να είναι από λίγες ώρες μέχρι ημέρες, βδομάδες ή και περισσότερο. Οι ύψεις μπορεί να διαρκούν βδομάδες, μήνες ή χρόνια. Η Σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλεί βαρύτατες αναπηρίες με σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή των πασχόντων (Βασιλόπουλος, 2003, Pedretti & Early, 2001).

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους από τον Ισημερινό, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αλληλάζει όταν ο πληθυσμός μετακινείται από περιοχή σε περιοχή (Smolders & al., 2008). Το γυναικείο φύλο ασθενεί σε σχέση με το ανδρικό σε μια σχέση αναλογίας 2:1 και η λευκή φυλή προσβάλλεται περισσότερο από την κίτρινη και τη μαύρη.

Υπολογίζεται ότι στην Αμερική τα άτομα με Σκλήρυνση κατά πλάκας ανέρχονται στις 400.000 και σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτός ανέρχεται στα 2.5 εκατομμύρια άτομα. Στις περιοχές της νότιας Ευρώπης ο επιπολασμός βρίσκεται μεταξύ 10-40 ανά 100.000 πληθυσμό, στη χώρα μας έχει βρεθεί στο 29.5, ενώ στον Ισημερινό η συχνότητα είναι μικρότερη από 5 ανά 100.000 κατοίκους (Alamanos & al., 2005, Βασιλόπουλος, 2003, Marrie & al., 2006, National Multiple Sclerosis Society, 2004, 2005).

Νεαρές γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας αποτελούν πληθυσμό που προσβάλλεται συχνά από τη νόσο. Τα συμπτώματα της νόσου σηματοδοτούν την πολυεστιακή θέση των βλαβών στη λευκή ουσία του κεντρικού νευρικού συστήματος, πάρεση, σπαστικότητα, διαταραχές της συνεργίας των κινήσεων, παρεγκεφαλιδικός τρόμος, αιμωδίες, υπαισθησία, σφιγκτηριακές διαταραχές, διαταραχές της όρασης, δυσαρθρία κ.α. (Βασιλόπουλος, 2003, De Souza, 1997).

## 2. Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιοπαθογένεια της Σκλήρυνσης κατά πλάκας παραμένει άγνωστη. Η νόσος δεν είναι ούτε μεταδοτική ούτε κληρονομική. Πιθανολογείται ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλείται από τη δράση ενός λοιμώδους παράγοντα, ο οποίος από την παιδική ηλικία τροποποιεί τις λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος. Η παθογένεια της δηλαδή βασίζεται σε βραδείς δρώντες ιούς με μεγάλο χρόνο επώασης και με συμπτώματα που εμφανίζονται πιθανά κάτω από επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν πιθανότατα ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της νόσου (Kurtuncu & Tuzun, 2008). Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε συγγενείς πασχόντων είναι σαφώς μεγαλύτερος εκείνου του γενικού πληθυσμού με μια συχνότητα 10-15 φορές μεγαλύτερη και τα μονοζυγωτικά δίδυμα εμφανίζουν και τα δύο τη νόσο σε πολύ μεγαλύτερη αναλογία από τα διζυγωτικά (Abramsky & Ovadia, 1997, Βασιλόπουλος, 2003, Λογοθέτης & Μυλωνάς, 1996, Williams & Jacobson, 2007).

## 3. Συμπτώματα

### της Σκλήρυνσης κατά πλάκας

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται μπορεί να ποικίλουν από άτομο σε άτομο με πιο συχνά εμφανιζόμενα τα συμπτώματα που αναφέρονται σε προβλήματα ισορροπίας και συντονισμού, αδυναμία, κούραση, σπαστικότητα, δυσλειτουργία εντέρου και ουροδόχου κύστης, πόνο, ζαλάδες, προβλήματα όρασης, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές του λόγου (δυσαρθρία), προβλήματα στην κατάποση (δυσφαγία), αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες και συναισθηματικά προβλήματα (National Multiple Sclerosis Society, 2005).

Πιο ειδικά τα κλινικά χαρακτηριστικά της Σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορούν να περιγραφούν ως εξής:

α) Αισθητικές διαταραχές (μυρμηκιάσεις, νυγμοί, βελονισμοί, αίσθηση ψύχους, σημείο Lhermitte, διαταραχές της εν τω βάθει αισθητικότητας, περιοχές υπαισθησίας κλπ.),

β) προσβολή εγκεφαλικών νεύρων (οπτική νευρίτιδα, διπλωπία κλπ.),

γ) κινητικές διαταραχές (βλάβη της πυραμιδικής οδού, βλάβη της παρεγκεφαλίδας),

δ) διαταραχές στην ούρηση (επιτακτικές ουρήσεις) και γενετήσιες διαταραχές,

στ) ψυχοδιανοητικές διαταραχές (απώλεια μνήμης, προσοχής και συγκέντρωσης, κατάθλιψη, φοβίες, εναλλαγές συναισθήματος κλπ),

ζ) κόπωση (έλλειψη σωματικής ή/και ψυχικής ενέργειας)

η) διαταραχές λόγου με χαρακτηριστική την «σκοκταύτουσα ομιλία» Τα συμπτώματα τείνουν να ενισχύονται μετά από έκθεση σε θερμό περιβάλλον, ζεστό λουτρό και πυρετό (Βασιλόπουλος, 2003, Bowcher & May, 1998, Brudek & al., 2008, De Souza, 1997, Johansson & al., 2008, Koch & al, 2008, Pedretti & Early, 2001).

#### 4. Πορεία της νόσου

Αφού εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου, ακολουθούν οι υποτροπές (ώσεις) χωρίς συγκεκριμένη στιγμή εμφάνισης στο χρόνο. Οι ώσεις αυτές είναι συμπτώματα που φτάνουν στο αποκορύφωμά τους μέσα σε λίγες μέρες. Με την πάροδο του χρόνου μετά από συνεχιζόμενες ώσεις αυξάνουν όλη τις οπτικές διαταραχές, ο λόγος γίνεται δυσκατανόητος, οι εκούσιες κινήσεις λιγοστεύουν λόγω αταξίας, τρόμου και σπαστικότητας και η βάρδια είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί. Όσο η νόσος προχωράει οι καθολικές μυϊκές ατροφίες εμφανίζονται μαζί με μυϊκές συσπάσεις, ενώ τα κάτω άκρα παραμένουν σε κάμψη. Τέλος ο ασθενής στα τελικά αυτά στάδια απειλείται από λοιμώξεις, οι οποίες είναι και δευτερογενή αίτια θανάτου (πνευμονίες κλπ.) (Βασιλόπουλος, 2003).

Η δυσκολία της διάγνωσης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας περιπλέκεται από την ποικιλία των συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανίζονται σε κάθε άτομο. Τα συμπτώματα της νόσου μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνα άλλων νόσων και να μην ξαναεμφανιστούν (Βασιλόπουλος, 2003). Η διάγνωση γίνεται κλινικά από νευρολόγους και υποστηρίζεται με τη βοήθεια εξετάσεων όπως η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και περιοχών του νωτιαίου μυελού, η ανάληψη του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, αλλαγή και άλλες εξετάσεις όπως τα οπτικά προκλητά δυναμικά (Βασιλόπουλος, 2003, Fox & al., 2006).

#### 5. Πρόγνωση

Η πρόγνωση της νόσου είναι δύσκολη και εξαρτάται από τη μορφή της ασθένειας, τα αρχικά συμπτώματα, τη συχνότητα των ώσεων, την ηλικία του ασθενή, το φύλο και το βαθμό αναπηρίας που το άτομο βιώνει. Πιο ειδικά, σε όσο νεαρότερη ηλικία εμφανίζεται η Σκλήρυνση κατά πλάκας, τόσο πιο πολύ καθυστερεί η εξέλιξη της νόσου. Όταν η έναρξη της νόσου γίνει πριν τα 35 χρόνια, οι ασθενείς έχουν την καλύτερη πρόγνωση. Οι γυναίκες γενικά έχουν καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με τους άντρες. Καλό προγνωστικό σημείο θεωρείται η ανάπτυξη ενός μόνο συμπτώματος κατά τον πρώτο χρόνο εμφάνισης της νόσου, σε αντίθεση με την εμφάνιση πολλών συμπτωμάτων ιδίως πυραμιδικού τύπου. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν σοβαρή μορφή Σκλήρυνσης κατά πλάκας ανέρχεται στο 5%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 10-20% για τα άτομα που έχουν καλοήγη μορφή Σκλήρυνσης κατά πλάκας με αργή ή καμιά εξέλιξη της παθολογίας. Γενικά, η Σκλήρυνση κατά πλάκας μικραίνει το προσδόκιμο ζωής κατά 6 χρόνια στις γυναίκες και κατά 11 χρόνια στους άντρες, Σε αυτή τη μείωση δεν συμπεριλαμβάνεται το ποσοστό των ατόμων, κυρίως νέων, που είναι αυτόχειρες (Βασιλόπουλος, 2003, Παπαγεωργίου, 2002).

#### 6. Μορφές της Σκλήρυνσης κατά πλάκας

Ανάλογα με την πορεία της εξέλιξης της νόσου διακρίνουμε τις εξής μορφές:

1) Διαλείπουσα-υποτροπιάζουσα.

Χαρακτηρίζεται από ξεκάθαρα προσδιοριζόμενες ώσεις με πλήρη ανάνηψη ή με υπολειπόμενη ανεπάρκεια στην ανάνηψη. Το 85% των ατόμων που διαγιγνώσκονται με Σκλήρυνση κατά πλάκας αντιστοιχεί σε αυτή τη μορφή.

2) Πρωτοπαθής προϊούσα.

Χαρακτηρίζεται από προοδευτική ανικανότητα από την έναρξη, χωρίς επιπεδώσεις και υφέσεις ή με περιστασιακές επιπεδώσεις στην πορεία και προσωρινές ελάχιστες βελτιώσεις.

3) Δευτεροπαθής προϊούσα.

Ξεκινά ως διαλείπουσα-υποτροπιάζουσα, ακολουθούμενη από πρόοδο μεταβλητού ρυθμού, η οποία μπορεί να περικλείει περιοδικές υποτροπές και μικρές υφέσεις ή στασιμότητα.

#### 4) Προοδευτική- υποτροπιάζουσα.

Είναι η λιγότερη συχνή μορφή της νόσου και δείχνει πρόοδο από την έναρξη, αλλά με ξεκάθαρες οξείες υποτροπές, με ή χωρίς πλήρη ανάνηψη (Βασιλόπουλος, 2003) ή κατά άλλους

- 1) Οξεία μορφή,
- 2) Ελαφριά μορφή,
- 3) Υποτροπιάζουσα μορφή,
- 4) Χρόνια προϊούσα μορφή.

Ανάλογα με την κατανομή της βλάβης διακρίνουμε τις εξής μορφές:

- 1) Γενικευμένη μορφή,
- 2) Νωτιαία μορφή
- 3) Παρεγκεφαλιδική μορφή.

Το 2001 θεσπίστηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια για την Σκλήρυνση κατά πλάκας που συμπεριέλαβαν απεικονιστικά κριτήρια από προηγούμενες μελέτες για την επιβεβαίωση της διασποράς της νόσου στο χώρο και στο χρόνο (Κούτσος & al., 2005)

### 7. Θεραπεία

Θεραπεία για ίαση δεν υπάρχει. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης διακρίνονται σε φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση χρησιμοποιούνται φάρμακα για τις εξάρσεις, για τα συμπτώματα και για την τροποποίηση της πορείας της νόσου (πχ. Ιντερφερόνες, κορτικοστεροειδή κ.α.). Στη μη φαρμακευτική αντιμετώπιση διακρίνουμε τη φυσική αποκατάσταση (πχ. εργοθεραπεία, φυσικοθεραπεία), την ψυχοκοινωνική υποστήριξη (πχ. από ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α.) και τη συμβουλευτική από εξειδικευμένα κέντρα στελεχωμένα με το κατάλληλο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων (Finlayson, Garcia & Cho, 2008, Matuska, Mathiowetz & Finlayson, 2007). Προς αυτήν την κατεύθυνση τα αποτελέσματα μελετών υποστηρίζουν ότι η άσκηση σε άτομα με Σκλήρυνση κατά πλάκας που παρουσιάζουν ήπια κινητικά προβλήματα δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης της λειτουργικής τους ικανότητας, ενώ τα άτομα με μέτρια ή αυξημένα κινητικά προβλήματα κατάφεραν να ελαχιστοποιήσουν τις λειτουργικές τους απώλειες (Heesen & al., 2006).

Η θεραπεία του πάσχοντος αποσκοπεί:

- 1) στην άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κάθε ώσης που προκαλούν ποικίλου βαθμού αναπηρία,
- 2) στην επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων ύφεσης και
- 3) στη συμπτωματική θεραπεία, αλλά και στη βοήθεια του ασθενή και της οικογένειάς του να προσαρμοστούν στη νόσο (Βασιλόπουλος, 2003, Finlayson, Shevil & Cho, 2009).

### 8. Μητρότητα και Σκλήρυνση κατά πλάκας

Σύμφωνα με όλες σχεδόν τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν τη νόσο οι γυναίκες παρά οι άντρες. Έχει αποδειχτεί ότι μεγάλος αριθμός γυναικών δοκιμάζει το ξεκίνημα της νόσου στη μέση της περιόδου της εγκυμοσύνης. Συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η νόσος στις εγκύους είναι κόπωση, ακράτεια ούρων, πρησμένα πόδια, κατακράτηση υγρών καθώς και μια σειρά αισθητικών ενοχλήσεων (De Souza, 1997).

Σε μια σχετικά πρόσφατη μελέτη σε 153 εγκύους που καμιά δεν εμφάνισε πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, οκτώ μήνες μετά τον τοκετό εννέα γυναίκες ανέπτυξαν Σκλήρυνση κατά πλάκας, ποσοστό σχετικά χαμηλό. Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι η Σκλήρυνση κατά πλάκας δεν επηρεάζει την ανάπτυξη του εμβρύου, δεδομένου ότι δεν υπήρξαν δυσμορφίες στα βρέφη, δεν υπήρξαν πρόωροι τοκετοί ή χαμηλό σωματικό βάρος των νεογνών ή βρεφικός θάνατος. Αντίθετα καταδείχτηκε η ανησυχία της μητέρας με Σκλήρυνση κατά πλάκας για την ικανότητα της να ανταπεξέλθει με επιτυχία στην ανατροφή του παιδιού της (Lorenzi & Ford, 2002). Η υποστηρικτική δουλειά του θεραπευτή έχει σα σκοπό να βεβαιώσει τη γυναίκα γονιό ότι η νόσος δεν την εμποδίζει να είναι καλή μητέρα.

## Β. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

### 1. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί μία ψυχική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους. Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί:

α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου,

β) ένα σύμπτωμα στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και τέλος

γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή ή οι Διπολικές διαταραχές κλπ. (Κληφτάρas, 1998). Εμφανίζεται με ποικίλα συμπτώματα όπως άγχος, ενοχές, κόπωση, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, αίσθηση κόπωσης, επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης, της κίνησης, διαταραχή του ύπνου, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, διαταραχές λήψης τροφής, συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας (Blackburn & Davidson, 1995, Κληφτάρas, 1998).

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το 15% έως και το 47% των ατόμων με Σκλήρυνση κατά πλάκας (Chwastiak & al., 2002, Jose Sa, 2008, Patten & al., 2003, Siegert & Abernethy, 2005). Ερευνητικά δεδομένα καταγράφουν ότι το 25% των ατόμων με Σκλήρυνση κατά πλάκας αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα και κατάθλιψη που μπορεί να μην έχει διαγνωστεί κλινικά και να έχει αντιμετωπιστεί διεπιστημονικά (McGuigan & Hutchinson, 2006, Siegert & Abernethy, 2005) γιατί η έμφαση δίνεται στην αντιμετώπιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων που βιώνει ο ασθενής. Η ετήσια πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στους ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται να αγγίζει το 20% (Sadovnick & al., 1996, Siegert & Abernethy, 2005), ενώ έξαρση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποδείχτηκε πιο συχνή μετά την εμφάνιση ώσης της νόσου (McCabe, 2005). Τέλος, η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής των ατόμων με Σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την ανάρρωση από τα νευρολογικά συμπτώματα μετά την υποτροπή (Kanner & Barry, 2003, Lobentanzen & al., 2004).

## 2. Άγχος

Το άγχος αποτελεί ένα είδος φόβου, του οποίου η αιτία δεν είναι σαφής και δεν μπορεί να προσδιοριστεί

από το άτομο τη δεδομένη στιγμή που τον βιώνει. Ο συγκεκριμένος φόβος μπορεί να φτάσει ή ακόμη και να ξεπεράσει τα όρια του τρόμου. Συνοδεύεται από πολλαπλά ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως ταχυπαλημίες, εφίδρωση και ένα έντονο αίσθημα πίεσης (Σολιδάτος, 2000).

Τα άτομα που έχουν άγχος περιγράφουν αυτή τη συναισθηματική τους κατάσταση ως στρες, αγωνία, αναστάτωση, ανησυχία, νευρικότητα, υπερένταση, διέγερση. Αντιθέτως τα άτομα που δεν έχουν άγχος έχουν και την ικανότητα να αντιληφθούν τους φόβους τους που προέρχονται από κάποιο εξωτερικό ερέθισμα (Αλεβίζος, 1997, Blackburn & Davidson, 1995, Σολιδάτος, 2000). Συμπτώματα του άγχους είναι η συνεχής ανησυχία, εκνευρισμός, δυσκολία συγκέντρωσης, τάση φυγής, ανυπομονησία, φοβίες, διαταραχές ύπνου, τρόμος, ζάλη, δύσπνοια, ευερεθιστότητα, κόπωση, εφίδρωση κ.α. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών επιτυγχάνεται αποτελεσματικά με διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας, με φαρμακευτική αγωγή (όταν κρίνεται απαραίτητο), με χαλαρωτικές ασκήσεις, γιόγκα κ.α. (Willson, 1996).

Το άγχος δεν έχει μελετηθεί τόσο όσο η κατάθλιψη στα άτομα με Σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι μελέτες που έχουν γίνει, παρόλο που δείχνουν αρκετά υψηλά ποσοστά άγχους σε αυτήν την κατηγορία των ασθενών, εστιάζονται κυρίως σε άτομα που νοσηλεύονται σε νευρολογική κλινική με υποτροπή και επομένως δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των ατόμων με Σκλήρυνση κατά πλάκας (Siegert & Abernethy, 2005). Οι γυναίκες ασθενείς σε σχέση με τους άντρες με Σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται να είναι πιο αγχώδεις, ενώ ο συνδυασμός άγχους και κατάθλιψης σχετίζεται με συχνότερες αυτοκαταστροφικές σκέψεις, σωματικά ενοχλήματα και κοινωνική απόσυρση (Feinstein & al., 1999).

## 3. Διαταραχές της διάθεσης και Σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι πάσχοντες από Σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη καθώς και άλλες συναισθηματικές διαταραχές όπως ευφορία, ευτονία και συναισθηματική διακύμανση. Πολύ συχνά σε νευρολογικές παθήσεις όπως

η Σκλήρυνση κατά πλάκας παρατηρείται έκφραση αγχωδών εκδηλώσεων.

Ο Kerr και οι συνεργάτες του (1977) περιέγραψαν πέντε φάσεις προσαρμογής ενός ατόμου στην κινητική δυσλειτουργία. Αρχικά είναι η φάση του shock όταν το μέγεθος της αναπηρίας δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Ακολουθεί η φάση της προσδοκίας για ανάρρωση νοιώθοντας δυσπιστία και άρνηση για την οριστικοποίηση της διάγνωσης. Στη φάση του πένθους η αντίδραση του ατόμου είναι ότι «όλα χάθηκαν». Μετά έρχεται η φάση της άμυνας όπου το άτομο συνειδητοποιεί τι του έχει συμβεί. Η φάση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με δύο τρόπους: με την υγιή άμυνα όπου η αντίδραση του ατόμου είναι «θα προχωρήσω παρά το γεγονός αυτό» ή με την παθολογική άμυνα όπου το άτομο δεν δέχεται τις συνέπειες της αναπηρίας του. Η τελική αναγνώριση της πραγματικότητας της αναπηρίας και της μονιμότητας της συμβαίνει κατά την διάρκεια της τελικής φάσης, της φάσης της προσαρμογής και αποδοχής της δυσλειτουργίας που αντικατοπτρίζει την προσπάθεια αντιμετώπισης των δυσκολιών, της αναπηρίας και τη δυνατότητα κοινωνικής ένταξης. Οι φάσεις αυτές είναι τμήματα μιας συνέχειας που αναπόφευκτα περνούν τα άτομα με δυσλειτουργία, ενώ το καθένα από αυτά έχει το δικό του χρόνο παραμονής σε κάθε στάδιο, μπορεί να παλινδρομήσει και ίσως να μη φθάσει ποτέ και στην τελική φάση (Σφάγγος, 2001, Τζονιχάκη, 2010).

Στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας το άγχος και η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι συχνότερα παρατηρούμενες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κλινικά σημαντικός βαθμός άγχους φαίνεται ότι μπορεί να υπάρχει σε περιόδους έξαρσης της νόσου, μέχρι και στο 90% των ασθενών. Σε ασθενείς που νοσηλεύονταν με Σκλήρυνση κατά πλάκας, τα ποσοστά εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ήταν διπλάσια από τα αντίστοιχα που σημειώθηκαν σε νοσηλεύόμενους για άλλες αιτίες (Σολιδάτος, 1999). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης όπως αναφέρθηκε μπορεί εφόρου ζωής να φτάνει το 50% των ασθενών. Είναι μάλλον δυνατόν να οδηγήσει σε αυτοκαταστροφικό ιδεασμό συνοδευόμενο από απόπειρες αυτοκτονίας, κυρίως μετά από νέα επιδείνωση της κινητικής αναπηρίας. Οι ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας

έχουν 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν, ενώ η αυτοκτονία συσχετίζεται με τη σωματική δυσλειτουργία και φτάνει στο υψηλότερο ποσοστό της περίπου 10 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου (Ron, 2003, Sadovnick & al., 1991). Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστά που ποικίλουν από 13% ως 40%, ενώ ψυχωσικά επεισόδια δεν είναι πολύ συχνά, παρά μόνο κάποιες περιπτώσεις ψυχωσικών επεισοδίων ανάλογων της σχιζοφρένειας, τα οποία φαίνεται να συμπίπτουν με τις υποτροπές της νόσου (Feinstein & al., 1992, Ron, 2003).

Η μεταβολή της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών μπορεί να σχετίζεται με τη θεραπεία, αφού τα κορτικοειδή μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη σε μερικούς ασθενείς. Σε πολλές περιπτώσεις η κατάθλιψη δεν διαγιγνώσκεται επαρκώς, επειδή εκδηλώνεται μόνο με σωματικά συμπτώματα (κόπωση, αδυναμία) που συχνά δεν μπορούν να διαφοροδιαγνωστούν από αντίστοιχες οργανικές εκδηλώσεις της υποκείμενης νόσου. Το άγχος μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα της νόσου σε επίπεδο ψυχοενδοκρινικό ή μεταβολικό (πρωτογενές ή σωματογενές άγχος). Συνήθως εμφανίζεται σε συννοσηρότητα με την κατάθλιψη (Σολιδάτος, 1999). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ερευνητικό εύρημα ότι το αυξημένο άγχος και στρες στην καθημερινή ζωή συσχετίζεται με την δημιουργία νέων εστιών της νόσου στον εγκέφαλο, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση ψυχικού στρες και ώσεων-υποτροπών (Mohr & al., 2000). Άλλη έρευνα έδειξε ότι ασθενείς κατά τη διάρκεια υποτροπής της νόσου δείχνουν να επηρεάζονται εντονότερα συναισθηματικά από στρεσογόνα γεγονότα, χωρίς να είναι ξεκάθαρο εάν το άγχος προάγει την εμφάνιση υποτροπής ή εάν η υποτροπή η ίδια προκαλεί την περισσότερο αγχώδη αντίδραση στο στρεσογόνο γεγονός (Warren & al., 1991). Οι γυναίκες φαίνεται να αντιδρούν πιο θετικά στην εμφάνιση της νόσου, με περισσότερη αισιοδοξία, λιγότερο άγχος και κατάθλιψη και περισσότερη διάθεση να παραμείνουν στην εργασία τους από τους άντρες ασθενείς (Buchi & al., 1989). Στη θεραπεία της κατάθλιψης και του άγχους στη Σκλήρυνση κατά πλάκας από ιατρικής πλευράς δίνονται τα κατάλληλα φάρμακα, ενώ παράλληλα λαμβάνονται και τα κατάλληλα

ψυχοκοινωνικά μέτρα αντιμετώπισης που αφορούν τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του (Αλεβίζος, 1997).

### Γ. ΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι νέες γυναίκες με Σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελούν ένα ευαίσθητο κομμάτι του Ελληνικού πληθυσμού, καθώς αντιμετωπίζει καθημερινά σωματικές, συναισθηματικές, οικογενειακές, αιθια και κοινωνικές αλλαγές. Πολλές φορές οι γυναίκες με Σκλήρυνση κατά πλάκας πιέζονται από αυτές τις αλλαγές και αντιδρούν με συμπτώματα άγχους. Άλλες φορές αντιδρούν με συμπτώματα κατάθλιψης. Ο πρώτος στόχος της έρευνας αυτής είναι η μελέτη των συμπτωμάτων του άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

στις νέες γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας, στην Ελλάδα και δευτερευόντως η σχέση μεταξύ κάποιων δημογραφικών στοιχείων με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

### Δ. ΜΕΘΟΔΟΣ

#### 1. Υποκείμενα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 37 άτομα, γυναίκες. Ένα μέρος από τα άτομα αυτά είναι μέλη του Συλλόγου Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, ενώ ένα άλλο μέρος προέρχεται από το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α). Το κριτήριο για την επιλογή τους ήταν το φύλο (μόνο γυναίκες). Η ηλικία τους κυμαινόταν μεταξύ 18 και 50 ετών.

#### 2. Αξιολογητικά Μέσα

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορά στα συμπτώματα άγχους και το δεύτερο στα συμπτώματα της κατάθλιψης.

##### α) Ερωτηματολόγιο Ι.

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης των Συμπτωμάτων του Άγχους.

Το ερωτηματολόγιο Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS, Taylor, 1953) μετρά την αυτοεκτίμηση του ατόμου για τα συμπτώματα άγχους ή στρες τα οποία βιώνει. Το Ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει επιλέγοντας

«σωστό» ή «λάθος», ανάλογα με το τι αισθάνεται το άτομο τη συγκεκριμένη στιγμή ή περίοδο. Το άθροισμα των «σωστών» απαντήσεων αποτελεί τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, δηλαδή η βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 50.

##### β) Ερωτηματολόγιο ΙΙ.

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας.

Το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας QD2 (Pichot, Boyer, Pull, Rein, Simon & Thilbaut, 1984) περιλαμβάνει 52 ερωτήσεις στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει σημειώνοντας «σωστό» ή «λάθος». Οι ερωτήσεις αυτές αναφέρονται σε αυτά που το άτομο αισθάνεται και πιστεύει τη συγκεκριμένη στιγμή ή περίοδο. Το άθροισμα των «σωστών» απαντήσεων αποτελεί τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από 0-52.

Το QD2 αποτελεί την Ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας. Το πρωτότυπο κατασκευάστηκε στη Γαλλία έπειτα από ανάλυση του περιεχομένου των ερωτήσεων των 4 πιο γνωστών ερωτηματολογίων κατάθλιψης: του Hopkins Symptoms Check List (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, Covi, 1984), της Γαλλικής έκδοσης του Beck Depression Inventory (Pichot, Piret, Clyde, 1966), της κλίμακας D του M.M.P.I (Hathaway, Mckinley, 1942-47) και της κλίμακας D του Zung (Zung, 1965).

Ο συντελεστής ομοιογένειας  $\Phi$  στα ερωτήματα ξεπερνά το κατώτερο όριο σημαντικότητας .01, εκτός από δύο ερωτήματα στα οποία ο δείκτης σημαντικότητας είναι το .05. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της διχοτόμησης και κατέληξε σε ένα δείκτη  $r > .90$ . Η εκτίμηση της εγκυρότητας έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα (συντελεστής Bravais-Pearson  $r = .85$ , μεταξύ QD2 & Zung). Ο συσχετισμός ανάμεσα στο βαθμό της κλίμακας και τον βαθμό που έδωσε η κλινική εξέταση της κατάθλιψης είναι  $r = .30$ . Η παραγοντική ανάλυση της Ελληνικής έκδοσης (QD2) μελετήθηκε σε πληθυσμό ενηλίκων, έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών (Tzonichaki, 1994).

### 3. Διαδικασία

Η έρευνα έλαβε μέρος στο χώρο του Συλλόγου Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, κατά τη διάρκεια συγκεντρώσεων των μελών ή και σε εκθεσιακούς χώρους σε συνεργασία με το Σύλλογο, καθώς και στο Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α). Αρχικά τα άτομα ενημερώθηκαν για τη φύση της συγκεκριμένης μελέτης και τους ζητήθηκε η εθελοντική συμμετοχή τους σε αυτήν. Στη συνέχεια λήφθηκε η προφορική συγκατάθεση τους, όταν το άτομο δεχόταν, και διασφαλίστηκε η ανωνυμία της συμμετοχής τους. Η ερευνήτρια διάβαζε τις οδηγίες των ερωτηματολογίων, αφού πρώτα η ερωτηθείσα συμπλήρωνε τα δημογραφικά στοιχεία που βρίσκονταν στην πρώτη σελίδα κάθε ερωτηματολογίου. Ανάγνωση των ερωτήσεων και συμπλήρωση από την ερευνήτρια γίνονταν μόνο σε περίπτωση που η ερωτηθείσα παρουσίαζε κάποια αδυναμία γραφής ή και όρασης. Δεν υπήρχε περιορισμός χρόνου, αλλιώς συνήθως για τη συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου απαιτείτο χρόνος 20-30 λεπτά. Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων η ερευνήτρια ευχαριστούσε τις ερωτηθείσες για τη συμμετοχή και τη συνεργασία τους.

### Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα μελετήθηκαν και αναλύθηκαν μέσω του προγράμματος Statistical Package of Social Sciences (S.P.S.S), κυρίως σε σχέση με τις δύο βασικές μεταβλητές της παρούσας έρευνας, δηλαδή τα συμπτώματα άγχους και της κατάθλιψης που πιστεύει ότι βιώνει ένα άτομο, αλλιώς και με κάποια δημογραφικά στοιχεία.

Πιο συγκεκριμένα ο μέσος όρος των συμπτωμάτων του άγχους είναι 17,83 με τυπική απόκλιση 10,55 και ο μέσος όρος συμπτωμάτων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι 14,78 με τυπική απόκλιση 12,85. Τα περιγραφικά στοιχεία των μεταβλητών αυτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

|           | Μέσος όρος | Τυπική απόκλιση |
|-----------|------------|-----------------|
| Κατάθλιψη | 14,78      | 12,85           |
| Άγχος     | 17,83      | 10,55           |

**Πίνακας 5:** Περιγραφικά στοιχεία μεταβλητών

Στη συνέχεια μελετήθηκε η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους, με χρήση της συνάφειας Pearson, από την οποία προέκυψε ότι υπάρχει θετική και μάλιστα στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους ( $r=.749$ ,  $p<.0001$ ). Όσο δηλαδή το επίπεδο άγχους αυξάνεται τόσο αυξάνεται και το επίπεδο της κατάθλιψης ή όσο αυξάνεται το επίπεδο κατάθλιψης τόσο αυξάνεται και το επίπεδο άγχους που βιώνει το άτομο (Πίνακας 6).

|       | Κατάθλιψη |
|-------|-----------|
| Άγχος | .749****  |

\*\*\* $p<.0001$

**Πίνακας 6:** Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης

Τα αποτελέσματα με την ανάλυση Spearman, που αφορούν τη σχέση της κατάθλιψης και του άγχους με κάποιες μεταβλητές όπως: πότε έγινε η διάγνωση, συνύπαρξη και άλλης διάγνωσης και η χρήση βοηθήματος κατά τη βάρδιση παρατίθενται στον πίνακα 7. Στα δημογραφικά στοιχεία υπήρχαν και άλλες ερωτήσεις τα αποτελέσματα των οποίων προτιθέμεθα να αναλύσουμε και να παρουσιάσουμε σε μελλοντικό χρόνο.

|                               | Συμπτώματα άγχους | Καταθλιπτική συμπτωματολογία |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Πότε έγινε η διάγνωση         | -.292*            |                              |
| Συνύπαρξη και άλλης διάγνωσης | -.298*            | -.315*                       |
| Χρήση βοηθήματος              |                   | -.309*                       |

\* $p<.05$

**Πίνακας 7:** Συσχετίσεις δημογραφικών στοιχείων με συμπτώματα άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Τα αποτελέσματα με την ανάλυση Spearman που αφορούν τη σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης που είχε λάβει η ερωτηθείσα με το πότε έγινε η διάγνωση της νόσου παρατίθενται στον πίνακα 8.

|            | Πότε έγινε η διάγνωση |
|------------|-----------------------|
| Εκπαίδευση | -.442**               |

\*\* $p<.01$

**Πίνακας 8:** Συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων



## ΖΕ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις μας. Η συσχέτιση λοιπόν του επιπέδου της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των συμπτωμάτων άγχους σε νέες γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι θετική και μάλιστα στατιστικά πολύ σημαντική. Όσο δηλαδή αυξάνεται το επίπεδο άγχους, τόσο αυξάνεται και η καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και το αντίθετο δηλαδή όσο αυξάνεται το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τόσο αυξάνεται και το επίπεδο άγχους που βιώνει το άτομο.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση της χρονολογίας της διάγνωσης και των συμπτωμάτων του άγχους (Πίνακας 7) μας δείχνουν πως όσο πιο μεγάλο χρονικό διάστημα έχει περάσει από τη διάγνωση της νόσου τόσο πιο λίγα είναι τα συμπτώματα του άγχους που βιώνουν οι γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Σε μια προσπάθεια ερμηνείας αυτού του αποτελέσματος θα λέγαμε ότι όσο περνά ο χρόνος η γυναίκα με Σκλήρυνση κατά Πλάκας αποδέχεται και εξοικειώνεται με τη διάγνωση της νόσου της και επομένως βιώνει και λιγότερο άγχος.

Το αποτέλεσμα που προέκυψε από τη συσχέτιση αφενός της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αφετέρου των συμπτωμάτων του άγχους και του εάν έχει διαγνωσθεί και άλλη νόσος ήταν, με βάση τον τρόπο που έγινε η βαθμολόγηση, αρνητικό και στατιστικά σημαντικό. Μας δείχνει πως όταν συνυπάρχει και κάποια διάγνωση για άλλη πρόβληψη, το άγχος και η καταθλιπτική συμπτωματολογία αυξάνονται (Πίνακας 7).

Μία άλλη σχέση που μελετήθηκε ήταν εκείνη μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του εάν η ερωτηθείσα έκανε χρήση κάποιου βοηθήματος στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Το αποτέλεσμα είναι μη αναμενόμενο γιατί μας έδειξε πως στις περιπτώσεις που γινόταν χρήση βοηθήματος και κυρίως αναπηρικό αμαξίδιο, η κατάθλιψη μειωνόταν. Για να εξηγηθεί αυτό το εύρημα θα πρέπει να κατανοηθεί ότι η συνάφεια αυτή δεν είναι μεταξύ της κατάθλιψης και του βοηθήματος που χρησιμοποιεί το άτομο, αλλά μεταξύ της κατάθλιψης και της υποκείμενης αναπηρίας που οδηγεί το άτομο στη χρήση του συγκεκριμένου

βοηθήματος. Έτσι λοιπόν έχουμε ότι όσο πιο σοβαρή είναι η υποκείμενη αναπηρία, όπως αυτή διαφαίνεται από το βοήθημα που χρησιμοποιείται, τόσο λιγότερα τα συμπτώματα που βιώνει το άτομο. Αυτό το εύρημα είναι μη αναμενόμενο και χρήζει περαιτέρω ερμηνείας (Πίνακας 7). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι η ύπαρξη σοβαρής αναπηρίας δεν βοηθά την άρνηση και τη μη αντιμετώπιση του προβλήματος, οπότε το άτομο μπαίνει στη διαδικασία της συμφιλίωσης και αποδοχής της κατάστασης του. Η αποδοχή αυτή του προβλήματος φαίνεται να μειώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Τέλος, μια πιο δυνατή συσχέτιση προέκυψε από τη σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και της χρονολογίας της διάγνωσης. Δηλαδή στις γυναίκες που του εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν υψηλότερο σε σχέση με αυτές που το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν χαμηλότερο, η νόσος είχε διαγνωστεί πιο νωρίς. Σε μια προσπάθεια ερμηνείας αυτού του αποτελέσματος θα λέγαμε ότι οι γυναίκες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είναι πιο ευαισθητοποιημένες σε θέματα υγείας και πρόληψης και προσφεύγουν πιο γρήγορα σε ειδικούς όταν αντιληφθούν κάποια δυσλειτουργία στον οργανισμό τους (Πίνακας 8).

Βέβαια, η έρευνα αυτή έχει κάποιους περιορισμούς. Κατά αρχή, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν δεν έχουν μελετηθεί σε Ελληνικό πληθυσμό με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Από την άλλη, η δυνατότητα μας να ερμηνεύσουμε κάποια από τα αποτελέσματα μειώνεται καθώς δε συμπεριελήφθη και μια ανάλογη ομάδα ατόμων χωρίς Σκλήρυνση κατά Πλάκας, με την οποία θα μπορούσαμε να κάνουμε σύγκριση. Επίσης, το δείγμα δεν ήταν ούτε τυχαίο, ούτε αντιπροσωπευτικό και δεν αποτελείται από άτομα και των δύο φύλων. Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπ' όψη στους περιορισμούς της έρευνας και το γεγονός πως τα αποτελέσματα προέκυψαν μέσω συσχετίσεων, οι οποίες γενικά δεν επιτρέπουν συμπεράσματα αιτιολογικής φύσης. Είναι γεγονός ακόμα πως τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είχαν διαγνωσμένη κατάθλιψη, αλλά κάποιου βαθμού καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επομένως τα συμπεράσματα μας αναφέρονται κατά κύριο λόγο στην καταθλιπτική συμπτωματολογία παρά στην κλινική κατάθλιψη.

Το συγκεκριμένο θέμα μελετάται για πρώτη φορά στην Ελλάδα και έτσι η έρευνα αυτή μπορεί να δώσει στοιχεία σε ένα τομέα μεγάλης σημασίας για το επάγγελμα της Εργοθεραπείας. Ως εκ τούτου ο Εργοθεραπευτής που θα ασχοληθεί με τα άτομα αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας, θα πρέπει να λάβει υπόψη του αυτά τα αποτελέσματα στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή εργοθεραπευτικών προγραμμάτων, ώστε η παρέμβαση του να είναι αποτελεσματική γιατί όπως έχει αποδειχτεί ερευνητικά ο κυριότερος φόβος των ασθενών είναι η απώλεια της αυτονομίας τους (Foley, 2008, Somerset & al., 2002). Η κοινωνική στήριξη θα πρέπει να κατευθύνεται προς αυτόν τον στόχο, ώστε να βοηθηθούν οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν πιο αισιόδοξα τη νόσο τους (Wineman, 1990) με ουσιαστική ανθρωποκεντρική προσέγγιση ώστε να επηρεαστεί όσο το δυνατό λιγότερο η ποιότητα ζωής τους (Cutler & Stein, 1998, Rothwell & al., 1997). Στην προσπάθεια της παρούσας ερευνητικής μελέτης ακολουθήθηκαν όσο το δυνατόν περισσότερο οι κανόνες σχεδιασμού και διεξαγωγής μιας επιστημονικής έρευνας, ώστε τα αποτελέσματα να είναι τεκμηριωμένα και ουσιαστικά. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κρίνεται σκόπιμο να επιβεβαιωθούν και από άλλες μελέτες, με περισσότερα άτομα και περισσότερες στατιστικές αναλύσεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramsky, O. & Ovadia, H. (1997). *Frontiers in multiple sclerosis: Clinical research and therapy*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Alamanos, Y., Tsifetaki, N., Vourgari, V.P., Siozos, Ch., Tsamandouraki, K., Alexiou, G. & Drosos, A.A. (2005). Epidemiology of Systemic Sclerosis in Northwest Greece 1981 to 2002. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 34, 714-720.
- Αλεβίζος, Β. (1997). Άγχος και Αγχώδεις διαταραχές. Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
- Βασιλόπουλος, Δ. (2003). *Νευρολογία, επιτομή θεωρίας και πράξης*. Αθήνα: Π.Χ. Πασσαλίδης.
- Blackburn, I.M. & Davidson, K. (1995). *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety*. London: Blackwell Science.
- Bowcher, H. & May, M. (1998). Occupational Therapy for Management of Fatigue in Multiple Sclerosis. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(11), 488-492.
- Brudek, T., Christensen, T., Hansen, H.J., Petersen, T., & Moller-Larsen, A. (2008). Synergistic Immune Responses Induced by Endogenous Retrovirus and Her virus Antigens Result in Increased Production of Inflammatory Cytokines in Multiple Sclerosis Patients. *Scandinavian Journal of Immunology*, 67, 295-303.
- Buchi, S., Buddenberg, C., Sieber, M. (1989). The significance of somatic and psychosocial factors for coping with illness by patients with multiple sclerosis. *Nervenartz*, 60, 641-646.
- Chwastiak, L., Ehde, D.M., Gibbons, L.E., Sullivan, M., Bowen, J.D., & Kraft, G.H. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: Epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1862-1868.
- Cutler, S. & Stein, F. (1998). *Psychosocial Occupational Therapy: A holistic Approach*, (2nd ed.). New York: Delmar.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., Covi, L. (1984). The Hipkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of Primary Symptom Dimensions. In Pichot, P (Ed.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology (Mod. Probl. Pharmacopsych., Vol. 7)*. Basel: Karger.
- De Souza, L. (1997). Θεραπευτική προσέγγιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Αθήνα: Ελλην.
- Feinstein, A., Du Boulay, G., Ron, M.A. (1992). Psychotic illness in multiple sclerosis. A clinical and magnetic resonance imaging study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 680-685.
- Feinstein, A., O'Connor, P., Gray, T., Feinstein, K. (1999). The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*, 5, 323-326.
- Finlayson, M., Garcia, J.D. & Cho, C.C. (2008). Occupational therapy service use among people aging with multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 320-328.
- Finlayson, M., Shevil, E., & Cho, C.C. (2009). Perceptions of cognitive symptoms among people aging with multiple sclerosis and their caregivers. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 151-159.
- Foley, G. (2008). Occupational Therapy in Progressive Neurology: a Rehabilitative Approach. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(7), 308-310.
- Fox, R.J., Bethoux, F., Goldman, M.D., Cohen, J.A. (2006). Multiple sclerosis: Advances in understanding diagnosing

- and treating the underlying disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73 (1), 91-102.
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1942-47). *Minnesota Multiphase Personality Inventory, Revised Edition*. New York: Psychological Corporation.
- Heesen, C., Romberg, A., Gold, S., & Schulz, K.H. (2006). Physical exercise in multiple sclerosis: supportive care or a putative disease-modifying treatment. *Expert Rev Neurother*, 6 (3), 347-355.
- Johansson, S. Ytterberg, J. Holmqvist, L.W. von Koch, L. (2008). A longitudinal study of variations in and predictors of fatigue in multiple sclerosis. *Journal of Neurology-Neurosurgery-Psychiatry*, 79, 454-457.
- José Sa, M. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis (Review). *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110, 868-877.
- Kanner, A.M., Barry, J.J. (2003). The impact of mood disorders in neurological diseases: should neurologists be concerned? *Epilepsy Behav*, 4, S3-13.
- Kerr, N. (1977). Understanding the process of adjustment to disability. In J. Stubbins (Ed.), *Social and psychological aspects of disability*. Baltimore: University Park Press.
- Κηλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Koch, M. Uyttenboogaart, M. van Harten, A. Heerings, M. & De Keyser, J. (2008). Fatigue, Depression and Progression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14(10), 815-822.
- Κούτσας, Γ., Μαντέλλος, Δ., & Σφάγγος, Κ. (2005). Η κλινική χρησιμότητα της μαγνητικής τομογραφίας στη σκλήρυνση κατά πλάκας και το «κλινικο-ακτινολογικό παράδοξο». *Egkefalos Journal*, τόμος 42, τεύχος 3.
- Kuruncu, M. & Tuzun, (2008). Multiple sclerosis: Could it be an epigenetic disease? *Medical Hypotheses*, 71, 945-947.
- Λογοθέτης, Ι. & Μυλωνάς, Ι. (1996). Πολλήλη σκλήρυνση και άλλες απομυελινοωτικές νόσοι του ΚΝΣ. Στο Λογοθέτης, Ι. & Μυλωνάς, Ι. (Εκδ.). *Νευρολογία*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Lorenzi, A.R. & Ford, H.L. (2002). Multiple sclerosis and pregnancy. *Med J*, 78, 460-464.
- Lobentanz, I.S., Asenbaum, S., Vass, K. Et al. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurol Scand*, 110, 6-13.
- Marrie, R.A., Cutter, G., Tyry, T., Vollmer, T., & Campagnolo, D. (2006). Does multiple sclerosis-associated disability differ between races? *Neurology*, 66, 1235-1240.
- Matuska, K., Mathiowetz, V. & Finlayson, M. (2007). Use and perceived effectiveness of energy conservation strategies for managing multiple sclerosis fatigue. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 62-69.
- McCabe, M.B. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res*, 59, 161-166.
- McGuigan, C. & Hutchinson, M. (2006). Unrecognized symptoms of depression in a community-based population with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 252, 219-223.
- Mohr, D.C., Goodkin, D.E., Bacchetti, P. et al. (2000). Psychological stress and the subsequent appearance of new brain MRJ lesions in MS. *Neurology*, 55, 55-61.
- National Multiple Sclerosis Society. (2004). About MS: Who gets MS? <http://www.nationalsociety.org>
- National Multiple Sclerosis Society. (2005). Epidemiology of multiple sclerosis. <http://www.nationalsociety.org>
- Παπαγεωργίου, Ε.Γ. (2002). *Νευρολογία*, (3η εκδ.). Αθήνα: Γρηγόριος Παρισιάνος.
- Patten, S.B., Beck, C.A., Williams, J.V., Barbui, C., & Metz, L.M. (2003). Major depression in multiple sclerosis: A population-based perspective. *Neurology*, 61, 1524-1527.
- Pedretti, L.W. & Early, B.M. (2001). *Practice skills for physical Dysfunction*, (5th ed.). London: Mosby Company.
- Pichot, P., Boyer, P., Pul, C.B., Rein, W., Simon, M., Thibault, A. (1984). Un Questionnaire D' Auto-évaluation de la symptomatologie Dépressive, le Questionnaire QD2, *Revue de Psychologie Appliquée*, 34,(3) : 220-250.
- Ron, M. (2003). Psychiatric aspects of neurological disease. In Gelder, G., Lopez-Ibor, J., Andreasen, N. (Eds.). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Rothwell, P.M., McDowell, Z., Wong, C.K., Dorman, P.J. (1997). Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *BMJ*, 314, 1580-1583.
- Sadovnick, A.D., Eisen, K., Ebers, G.C., Paty, D.W. (1991). Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics. *Neurology*, 41, 1193-1196.
- Sadovnick, A.D., Remick, R.A., Allen, J. et al., (1996). Depression and multiple sclerosis. *Neurology*, 46, 628-632.
- Siegert, R.J. & Abernethy, D.A. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 469-475.
- Somerset, M., Sharp, D., Campbell, R. (2002). Multiple sclerosis

- and quality of life: a qualitative investigation. *Journal Health Serv Res Policy*, 7, 151-159.
- Σοηδάτος, Κ. (1999). Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη γενική Ιατρική. Αθήνα: Συμπόσια.
- Σοηδάτος, Κ. (2000). Αγχώδεις Διαταραχές: Διαγνωστικές και Θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Συμπόσια.
- Smolders, J., Damoiseaux, J., Menheere, P., Hupperts, R. (2008). Vitamin D as an immune modulator in multiple sclerosis, a review. *Journal of Neuroimmunology*, 194, 7-17.
- Σφάγγος, Κ.Α. (2001). Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Αθήνα: Ν.Ι. Τριανταφύλλου.
- Townsend, G. (2008). Supporting People with Multiple Sclerosis in Employment: a United Kingdom Survey of Current Practice and Experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(3), 103-110.
- Τζονιχάκη, Ι. (2010). Η Εργοθεραπεία στους ηλικιωμένους. Αθήνα: Mendor.
- Tzonichaki, I. (1994). La dépression et le "locus of control" chez les personnes âgées Grecques. Thèse de doctorat. Paris : Université Paris- X- Nanterre.
- Warren, S., Warren, K.G., Cockerill, R. (1991). Emotional stress and coping in multiple sclerosis (MS) exacerbations. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 37-47.
- Williams, E. & Jacobson, S. (2007). Viral Infection and Multiple sclerosis. In Zhang, Z. (Ed.). *Immune Regulation and Immunotherapy in Autoimmune Disease*. Springer US.
- Willson, M. (1996). *Occupational Therapy in short-term Psychiatry*. New York: Churchill Livingstone.
- Wineman, N.M. (1990). Adaptation to multiple sclerosis: the role of social support, functional disability and perceived uncertainty. *Nurs Res*, 39, 294-299.
- Zung, W.W.K. (1965). A self- rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 13, 508-515.

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν το Σύλλογο των ατόμων με Σκλήρυνση κατά Πλάκας και ιδιαίτερα την κα Τίνα Γαλιατσάτου, το ΕΙΑΑ και όλα τα άτομα που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα.

Το άρθρο αυτό αποτελεί μέρος της πτυχιακής εργασίας της πρώτης συγγραφέως με εισηγήτρια τη δεύτερη στο Τμήμα Εργοθεραπείας του ΤΕΙ Αθήνας.